

22 Mai 2012 SIDIIEF
Brigitte HERISSON
Infirmière clinicienne
Commission Professionnelle Infirmière SFETD

LA PLACE DU TRAVAIL D'ÉQUIPE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉMENTE AU CRÉPUSCULE DE LA VIE

1

CONTEXTE



- ✘ Travail interdisciplinaire avec des éléments stables dans l'équipe pour une continuité des soins
- ✘ Spécificité gériatrique
 - + Grand âge
 - + Handicap sensoriel
 - ✘ Problème de communication
 - + Perte des fonctions cognitives, avec comportements troublés
 - + Pathologies neurologiques
 - + Poly pathologie et poly médicamentée
- ✘ Effectif professionnel restreint
- ✘ Décès fréquents

2

« Démence n'est pas absence.

Il y a toujours une fenêtre éclairée qu'il faut savoir repérer

pour l'ouvrir par une main-caresse et une main-sourire. » Auteur non connu

<http://papidoc.chic-cm.fr/13citationvieil.html>

- ✘ La pathologie neuro dégénérative/ démence => double mort.
- ✘ **Mort sociale** progressive :
 - + Perte d'identité
 - ✘ de communication
 - ✘ de mémoire
 - ✘ d'autonomie
 - ✘ de ressentis
 - ✘ de droits civiques
 - ✘ de liberté
 - ✘ d'espoir
- ✘ Puis la **mort tout court**, mort physiologique, mort très souvent **accompagnée des soignants**, seuls représentants de la société qui prennent soin de ces personnes jusqu'au bout. D'où la nécessité du travail d'équipe pour tenir sur la durée.

3

L'ÉQUIPE



- ✘ Groupe de personnes affectées à un travail déterminé, chargées d'une mission (définition Bordas 1989), ici d'un projet commun centré sur le malade en fin de vie
- ✘ Équipe interdisciplinaire composée de professionnels de santé et de non professionnels (bénévoles, représentants de culte) où tous ont une place essentielle

4

MADAME BLANCHE

- ✗ 85 ans, hospitalisée en longs séjours depuis 4 ans, atteinte de démence profonde, mais aussi d'insuffisance rénale, ayant dans ses antécédents un cancer du sein opéré et traité, accompagnée de sa sœur plus jeune de 5 ans
- ✗ Devenue grabataire et dénutrie
- ✗ Rétractée
- ✗ Mutique
- ✗ Refus de soins
- ✗ Bruxisme
- ✗ Troubles de déglutition
- ✗ Un comportement troublé

⇒ Appel de l'équipe mobile



5

LE TRAVAIL EN EQUIPE S'ORGANISE

- ✗ Suite à la demande, les équipes formalisent le partenariat pour un travail en synergie
 - + Quelle est la demande spécifique?
 - + Est-ce une demande plus particulière pour le malade?
 - + Est-ce un soutien d'équipe?
 - + Quel moment sera le plus adapté pour intervenir?
 - + Quel professionnel souhaite de l'aide?
 - + Pour quel soin?



6



LES EQUIPES REFERENTES

- ✘ Sont expertes du malade
- ✘ Sont volontaires et motivées pour travailler dans le secteur gériatrique
- ✘ Expriment verbalement leurs besoins
 - + De reconnaissance
 - + D'outils
 - + D'informations
 - + De compagnonnage
 - + D'écoute et de soutien, de temps de réflexion
- ✘ Équipe référente et équipe mobile co-construisent un projet personnalisé ensemble

7

OUTILS

- ✘ Pallia 10
- ✘ Tableau d'évolution du Dr Benoît BURUCOA: Quand mettre en œuvre les soins palliatifs?
- ✘ Les indices en soins palliatifs
- ✘ Du curatif au palliatif, les 10 questions du Dr Renée Sebag Lanoë
- ✘ Décision après Démarche Ethique du Dr Jean Marie Gomas
- ✘ Aide à l'application de la Loi Leonetti

8

PALLIA 10

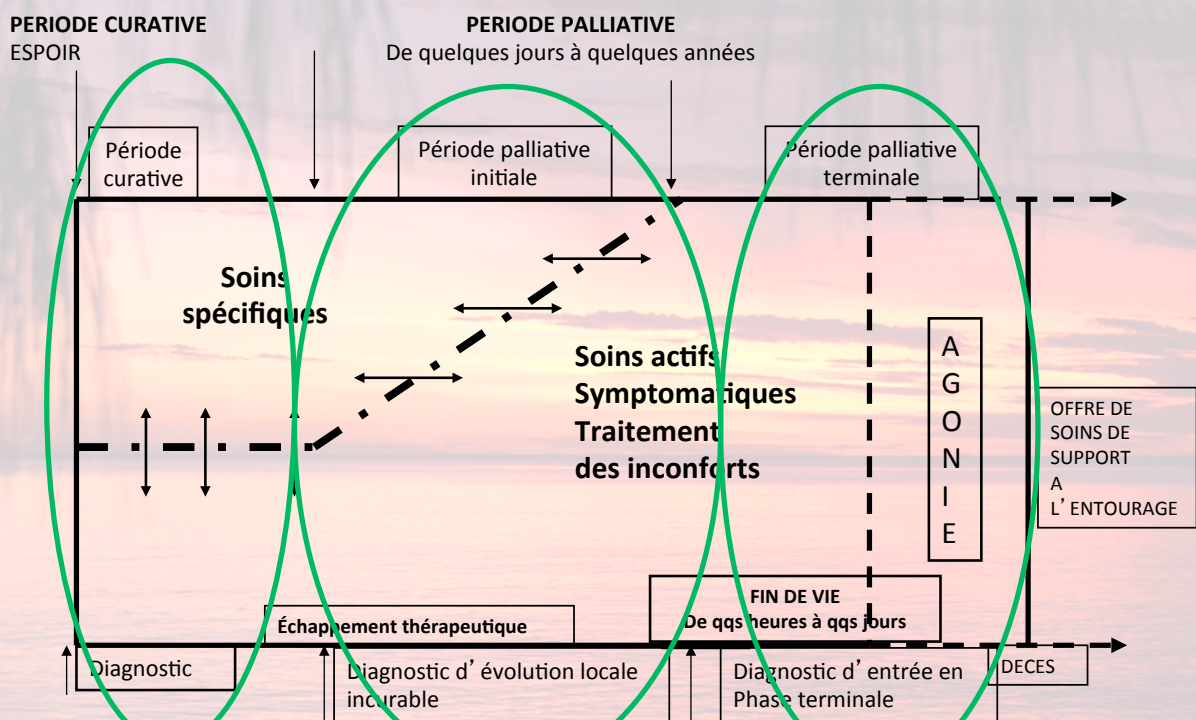
✘ Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs?

- + 10 questions simples
- + Pour tous les soignants
- + À partir de 3 réponses positives
- + Aide à l' appel

SFAP Avril 2010
www.sfap.org

9

CONCEPT DE SOINS PALLIATIFS QUAND LES METTRE EN ŒUVRE?



Docteur Benoît Burucoa Bordeaux 1999 p 32 Soins palliatifs en Equipe, le rôle infirmier; institut UPSA

10

INDICE DE KARNOKSI ET SCORE OMS

- × Exprimé en pourcentage décroissant pour le Karnofski
- × Inversement de 0 à 4 pour le score OMS
- × **L' autonomie s' amenuise avec l' évolution de la maladie et** le malade devient de plus en plus dépendant jusqu' à son décès
- × Travail avec les différents acteurs de soins pour adapter notre prendre soin à l' évolution de la maladie (kiné, l' ergothérapeute pour les coussins d' installation, les massages passifs doux, diététicienne, pédicure, psychologue...)

DU CURATIF AU PALLIATIF LES 10 QUESTIONS DU DOCTEUR SEBAG LANOE

- × Quelle est la **maladie principale** qui règle le pronostic?
- × Quel est le degré d'évolution de la maladie?
- × Quelle est la nature de l'**épisode** actuel?
- × L'épisode actuel est-il facilement **curable**?
- × S'agit-il d'une **répétition** d'épisodes aigus ou de multiples atteintes?
- × Qu'exprime le **malade**?
- × Qu'exprime-t-il à travers son **comportement** corporel et dans sa coopération aux soins?
- × Qu'en pense la famille? → **En tenir compte**
- × Qu'en pensent les **soignants**? → **En tenir compte**
- × Quel est son **confort** actuel?

DÉCISION APRÈS DÉMARCHE ETHIQUE

- ✘ Inventaire précis
 - + Données techniques et scientifiques, cliniques
 - + Ressources humaines
 - ✘ Concernant le malade et les acteurs de soins
- ✘ Mise en place d' une délibération interdisciplinaire
- ✘ Décision mono disciplinaire

www.cefama.org

13

APPLICATION LOI LEONETTI

- ✘ 2 situations: conscient ou non
- ✘ Acharnement thérapeutique ou refus de soins
- ✘ Traitements en place ou à mettre en place
- ✘ Procédure collégiale avec recherche des directives anticipées et personne de confiance
- ✘ Décision finale inscrite dans le dossier
- ✘ Mise en place de soins palliatifs

QUEL CHOIX?

- ✘ Difficulté de se positionner
- ✘ Entre abandon et acharnement thérapeutique.
 - + Tout tenter?
 - + Encore tenter?
 - + Ne plus rien faire?

15

SOINS PALLIATIFS= UNIQUEMENT SE TENIR LA MAIN?



- ✘ « Les soins palliatifs sont des **soins actifs** délivrés dans une **approche globale** de la personne atteinte d'une **maladie grave, évolutive ou terminale**. L'objectif des soins palliatifs est de **soulager les douleurs physiques et les autres symptômes**, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.
- ✘ Les soins palliatifs et l'accompagnement sont **interdisciplinaires**. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. **La formation et le soutien des soignants et des bénévoles** font partie de cette démarche. »



✘ Tiré de la définition de la SFAP 1996

16

**DEMARCHE PALLIATIVE
CIRCULAIRE du 5 MAI 2004 //
DEMENCE**



**Missions EMSP
(circulaire 25 mars 2008)**

1. **Évaluation des besoins** et mise en œuvre de **projets de soins personnalisés**
 2. Réalisation d'un **projet de prise en charge** des patients et des proches
 3. Mise en place de **réunions pluri-professionnelles de discussions de cas** de malades
 4. **Soutien des soignants** en particulier en situation de crise
 5. Mise en place de **formations multidisciplinaires et pluri-professionnelles** au sein des unités de soins
1. **Continuité des soins palliatifs**
 2. **Formation pratique et théorique** des équipes
 3. Diffusion des **bonnes pratiques des soins palliatifs**.
 4. Aide à la **réflexion éthique** en favorisant les **procédures collégiales**
 5. **Missions applicables pour TOUS les soins palliatifs**

17

COMPAGNONNAGE



- ✗ L'accompagnement des professionnels dans la réalisation d'actes de soins ou dans la prise de décision complexe.
 - + Non substitution
 - + En collaboration
- ✗ Rôle de **coordination par compagnonnage**
- ✗ **Qualité des soins** ; réfléchir ensemble au prendre soin du patient

18

COMPAGNONNAGE

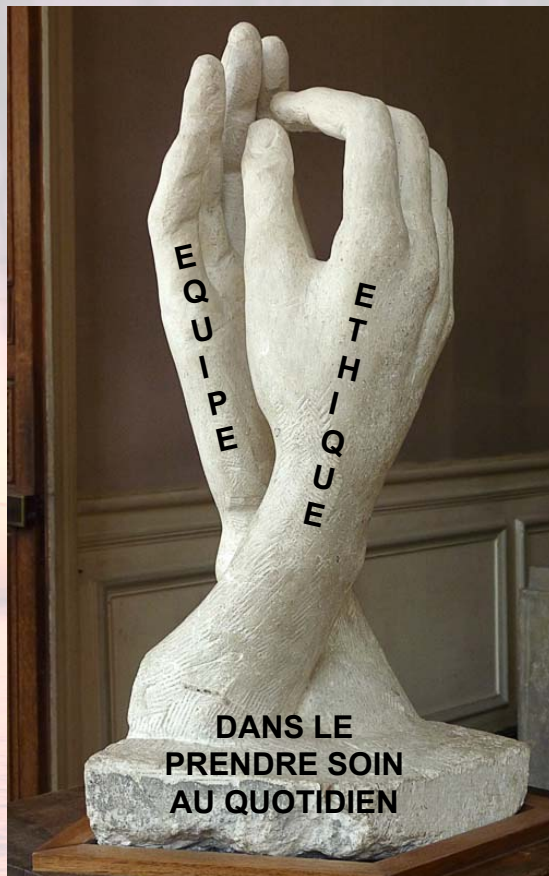
- ✘ Savoir transmettre
 - + Des connaissances
 - ✘ De la personne âgée
 - ✘ De la personne atteinte de démence
 - ✘ De la reconnaissance et l' évaluation de la douleur
 - + Son savoir faire
 - ✘ Soins relationnels
 - ★ Toucher relaxant
 - ★ Soins de bouche
 - ★ Évaluation des symptômes
- ✘ Favoriser la pensée réflexive qui participe à la démarche pour formaliser une **réponse adaptée**

19

COMMUNIQUER AVEC LES SOIGNANTS POUR COMMUNIQUER AVEC LE MALADE DYSCOMMUNICANT

- ✘ Travail d' écoute avec les soignants référents
 - + Des difficultés
 - + Des soins réalisés
 - + Des besoins et attentes
- ✘ Reconnaissance et valorisation des soins effectués
- ✘ Discussions éthiques

20



La Cathédrale de Rodin 1909

21

LA DEMARCHE ETHIQUE

4 principes :

- ✘ Le principe de bienfaisance
- ✘ Le principe d'autonomie
- ✘ Le principe de non malfaisance
- ✘ Le principe de justice et d'équité



22

PRENDRE SOIN

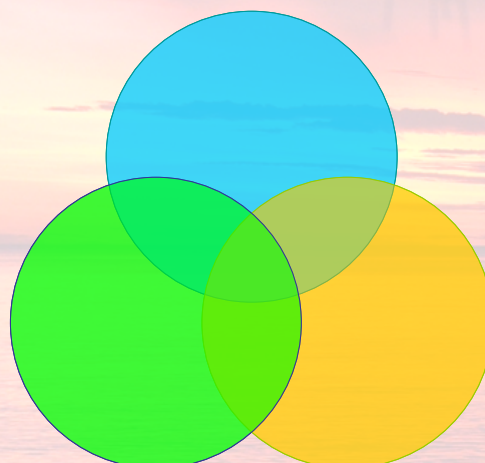


- ✘ Permettre la **créativité de l'équipe**, non seulement au niveau des soins techniques, mais aussi relationnels et sociaux (Soins de bouche, musique, visites...)
- ✘ Revoir l'**organisation des soins** pour s'adapter à la personne et non au service
- ✘ **Se réunir** en équipe le plus souvent possible en interdisciplinarité pour s'écouter et réajuster le projet de soin et le projet de vie
- ✘ **Écouter**: Jamais dans le jugement ni l'interprétation mais dans l'écoute empathique et la recherche du moins mauvais soin

23

Le 1^{er} symptôme à repérer, évaluer, traiter sans jamais oublier de tracer: **la douleur**.
Symptôme présent sous des formes atypiques, cachées, oubliées, banalisées..
Pas si simple. Le traitement antalgique sera à adapter

DEMENCE



DOULEUR

DEPRESSION

24

BIENTRAITANCE / MALTRAITANCE UTILITE / FUTILITE

Situations extrêmes, complexes, quotidiennes:

- ✗ 1. Respirer
- ✗ 2. Boire et manger
- ✗ 3. Éliminer
- ✗ 4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- ✗ 5. Dormir et se reposer
- ✗ 6. Se vêtir et se dévêtir
- ✗ 7. Maintenir la température du corps dans les limites normales
- ✗ 8. Être propre, soigné et protégé ses vêtements
- ✗ 9. Éviter les dangers
- ✗ 10. Communiquer
- ✗ 11. Agir selon ses croyances et ses valeurs
- ✗ 12. S'occuper en vue de se réaliser
- ✗ 13. Se divertir
- ✗ 14. Apprendre

25

CONCLUSIONS

1. La personne atteinte de démence est une **personne à part entière**, atteinte d'une maladie neurodégénérative.
 - + « Qu'il soit ou non désorienté, chaque être humain garde sa valeur » Naomi Feil « la validation ».
2. Les troubles du comportement sont dus à sa **maladie chronique** et/ou à une douleur
 - + « Il y a une raison derrière chaque comportement des personnes très âgées désorientées » Naomi Feil, « la validation ».
3. **La communication est différente mais possible**
4. La fin de vie mérite un **accompagnement** aussi adapté que pour toute personne. On se base sur les éléments symptomatiques.
5. **Le travail en équipe** est indispensable et gage de qualité des soins
6. **La formation** permet la diffusion et l'ancrage de la culture palliative

26

Tout ce travail d'équipe est co construit pour

- ✘ Permettre aux personnes arrivées au terme de leur existence de vivre jusqu'à leur dernier souffle avec une **prise en charge de qualité** comme n'importe quel être humain.
- ✘ Le travail en équipe ne dépend que de nous, de notre volonté de partager pour garder le patient au centre de nos prendre soins.
- ✘ Il faut parfois faire le deuil d'une équipe idéale.

27

Merci de votre écoute

28